

記入例	受付日	年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
		年 月 日から				
		年 月 日まで	日間			
標準報酬	月 額	円	不支給理由			

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

出産手当金請求書

産前産後の全期間をご記入ください
(年休等を含む)

被 保 険 者 情 報 欄	申請日	2024 年 4 月 1 日				
	電話番号	〇〇〇-△△△-××××				
	保険証	フリガナ	ケンポ タロウ			
	記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎		
	1234	5678		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	生年月日	
	1年6月1日					
	出産前 出産後	の別	出産後	出産前に請求する時は出産予定年月日 出産後に請求する時は出産予定年月日 と出産のあった年月日	出産予定日	2024 年 1 月 10 日
	出産日	2024 年 1 月 12 日				
	出産のため 休んだ期間	2023 年 12 月 1 日 から 2024 年 3 月 8 日 まで 98 日間				
	うえの期間の報酬(賃金)の全部又 は一部を受けたとき又は受けられる ときはその報酬額及び期間	2023 年 12 月 1 日 から 2023 年 12 月 4 日 まで 有給 日分 円				
委任状	給付金の受領を事業主に委任します。 事業主経由でお支払いします。 被保険者住所 〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市中区〇〇〇△△△△××××					
	上記のとおり請求します。 被保険者氏名 健保 太郎					
振込先	・委任した時は振込先の記入不要 ・任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします					
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所					
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号					
口座名義人	(フリガナ)					
	(漢 字)					

医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明 欄	出産年月日	年 月 日	出 産	<input type="checkbox"/> 単胎
	医療機関にて証明			
	(職名)	住所 〒		

事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間	年 月 日 から	日間
	事業所にて証明		
	ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、 正しい内容と担当者の訂正印または氏名(サイン)をご記入ください		
	氏名		

注 意 事 項	支給の時期	療養費の支給は、毎月20日(土日祝の場合は翌平日)までに審査が完了した申請を翌月10日(金融機関休業日の場合は前平日)に、事業所に支給します。 ※任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。
	支給決定通知書	支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/

◆申請ルート◆ 申請者→事業所→健保組合

2024年6月改